

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Raoul GUILLOU

Né le 19 juillet 1900, à Langeais (Indre-et-Loire).

LES CYSTITES REBELLES

APRÈS

NÉPHRECTOMIE POUR BACILLOSE

CAUSES ET TRAITEMENT

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

1929

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

Guillou



Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Raoul GUILLOU

Né le 19 juillet 1900, à Langeais (Indre-et-Loire).

LES CYSTITES REBELLES

APRÈS

NÉPHRECTOMIE POUR BACILLOSE

CAUSES ET TRAITEMENT

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Thérapeutique.	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale.	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoulLEI
Clinique et maladie des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DEL BET
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Professeur sans chaire	BRANCA

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE . . .	Neurologie et Psychiat.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Path. chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET . . .	Physiologie.
BLANCHETIERE . . .	Chimie biologique.
BROCQ . . .	Path. chirurgicale.
BRULE . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Path. chirurgicale.
CHABROL . . .	Pathologie médicale.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC . . .	Pathologie médicale.
DEBRE . . .	Hygiène.
DOGNON . . .	Physique.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER . . .	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expériment.
GATELLIER . . .	Path. chirurgicale.
GIROUD . . .	Histologie.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . . .	Urologie.
HOVELACQUE . . .	Anatomie.

MM.	
HUTINEL . . .	Pathologie médicale.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBE (Henri) . . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . .	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN . . .	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (FLEMMAND) . . .	Pharmacologie.
METZGER . . .	Obstétrique.
MONDOR . . .	Path. chirurgicale.
MOURE . . .	Path. chirurgicale.
MULON . . .	Histologie.
OBERLING . . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER . . .	Anatomie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
QUENU . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHEL Fils . . .	Physiologie.
SEZARY . . .	Dermatol. et syphilig.
VALLERY-RADOT . . .	
(Pasteur) . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophthalmologie.
VERNE . . .	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET . . .	Pharmacologie.
GUENIOT . . .	Obstétrique.
LEQUEUX . . .	Obstétrique.

M.	
NEVEU-LEMAIRE . . .	Parasitologie.
RETTERER . . .	Histologie.
ZIMMERN . . .	Physique.

IV. — ABRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE . . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . . .	Clinique médicale.
LE LORIER. . .	Clinique obstétricale.

MM.	
LERI . . .	Clinique médicale.
MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

MES PARENTS BIEN-AIMÉS

*Revient tout l'honneur de cette
thèse que j'aurais voulue plus
digne de mon immense grati-
tude et de mon affection sans
bornes.*

MES ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL
PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le grand honneur
de présider à la soutenance de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

*En témoignage d'admiration et
de reconnaissance pour le Maître
dont les enseignements nous ont
été si précieux.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET EN PARTICULIER

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

M. LE DOCTEUR PISSAVY

M. LE DOCTEUR CHIFOLIAU

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

M. LE DOCTEUR CATHALA

M. LE DOCTEUR ROBERT MONOD

INTRODUCTION

La vessie, a-t-on dit, est une grande bavarde qui parle à tort et à travers, et si elle se plaint pour ses propres maux, elle le fait aussi pour le mal de ses voisins. Il faut croire qu'elle finit par en être bien punie, car s'il arrive à la bavarde de crier avant d'être lésée elle a de temps à autre l'amertume de voir guéris avant elle ses voisins soignés en même temps qu'elle. Elle a alors toutes les raisons valables de se lamenter plus longtemps, à la grande surprise du voisinage persuadé de sa guérison.

Nous ne voudrions pas que les lamentations de la vessie en imposent au médecin au point de lui faire perdre tout espoir en une guérison probable, s'il sait voir clair et juste.

Nous sommes, en effet, tenté de croire que les succès répétés et les espoirs déçus sont dus d'abord au mauvais chemin que l'on a pris pour arriver au but, sans avoir cherché le bon avec assez de persévérance.

On n'a peut-être pas, dans bien des cas, procédé avec toute la rigueur scientifique désirable et aussi, faut-il le dire, animé de la confiance qu'il fallait apporter. L'activité thérapeutique déployée a pu être un peu désor-

donnée et pas toujours très heureux le choix du traitement.

Dans les cas qui vont nous occuper, il faut avant tout se rendre compte de la façon dont se présentent les lésions et de la qualité des agents en cause. Les unes et les autres demandent un examen approfondi et ce n'est qu'après avoir usé de tous les moyens d'investigation — où le laboratoire garde une grande place — et dressé le bilan des lésions, que l'on choisira avec quelque chance de succès le traitement qu'il faut. On ne restaure bien une maison qui se dégrade qu'après l'avoir avec soin visitée dans toutes ses parties. Il en est de même pour une vessie. La réussite appartient d'abord à ceux qui savent à fond examiner une situation difficile. La méthode y a une grande part. Pendant notre passage dans le service de notre maître M. Marion, nous avons pu constater quels heureux résultats donnaient, au service de la thérapeutique, la logique et la clarté lorsqu'on s'en fait une règle. Ce sont là des leçons qui ne s'oublient pas.

Nous nous donnerons pour seule tâche, dans les pages qui vont suivre d'expliquer les « caquets » de la vessie, et de trouver les moyens en la soulageant, de la réduire au silence.

L'AVENIR DES NÉPHRECTOMISÉS

La cystite cesse

Dans les néphrectomies pratiquées pour bacillose, on voit dans la majorité des cas, les suites opératoires marquer le début d'une amélioration certaine dans l'état des malades et, bien souvent, cette amélioration est d'emblée considérable. En effet, le malade dont l'existence était insupportable et l'activité réduite dans de grandes proportions éprouve alors un soulagement intense et reprend une vie normale.

Toutefois la proportion de ces réussites opératoires éloignées dépend dans une certaine mesure de ce que sera le genre de vie du malade au lendemain de la néphrectomie. S'il est vrai, en effet, que cette proportion atteint 80 % environ chez les malades qui peuvent, à ce moment, bénéficier du traitement général qui s'impose (repos, récalcification, bonne alimentation, séjour à la mer et au soleil, etc.) elle tombe à 50 % à peu près chez ceux à qui les nécessités de l'existence interdisent ce complément de traitement.

Chez tous d'ailleurs, la sédation des phénomènes de cystite s'opère dans un laps de temps variable, et

tel néphrectomisé se trouve guéri en 3 ou 6 mois, alors que tel autre, pour atteindre le même résultat, devra attendre 1 ou même 2 ans. Ces différences tiennent vraisemblablement à la plus ou moins grande précocité de l'intervention, c'est-à-dire à l'état où se trouvait la vessie lorsqu'elle a eu lieu.

L'ordre de cessation de ces phénomènes subit lui aussi, d'ailleurs, des variations et chez certains malades dont la pollakiurie et la douleur à la miction présentaient avant l'opération la même intensité, le premier symptôme après néphrectomie, était déjà à l'état de souvenir que l'autre persistait ou inversement. Il arrive même que l'un ou l'autre refuse seul de disparaître.

Nous n'insisterons pas sur le mécanisme de cette amélioration due aussi bien à la suppression d'une action réflexe venant du rein malade, qu'à la cessation du passage d'une urine sale dans la vessie.

Ces heureux résultats ne font que s'affirmer progressivement et, au total, le malade qui escomptait la reprise d'une existence compatible avec ses occupations n'est pas déçu, d'autant que son état général suit lui aussi une rapide ascension.

Il en va tout autrement dans un certain nombre de cas. La modification des symptômes que l'on escomptait ne s'est pas produite, en dépit de la thérapeutique d'attente que l'on a instituée : huile phéniquée à 1,2 ou 3 %, ou huile goménolée à 5 % (5 cc. tous les 2 ou 3 jours). L'espoir fondé sur l'opération ne se réalise pas, déception d'autant plus vive qu'avait été plus profonde

la confiance mise dans la néphrectomie. Bien plus, certains malades, loin de voir diminuer l'intensité des phénomènes vésicaux les voient au contraire s'aggraver. Bertrand de Lyon, dans sa thèse de 1923, ayant collationné un certain nombre de statistiques produites sur ce point donne comme chiffre moyen correspondant à ces cas celui de 9,5 % des opérations faites pour bacillose rénale. Ce chiffre nous paraît bien correspondre à la réalité.

La cystite persiste ou s'aggrave

Il faut avouer que dans ces conditions, trop souvent encore le médecin ou le chirurgien partage le découragement des opérés. C'est sur cette tendance fâcheuse qu'entre autres constatations nous insisterons, et contre elle que nous nous élèverons, car en dépit d'apparences peu encourageantes, on doit guérir ces malades. Si Guyon a dit, en effet, qu'il fallait « pisser ou mourir », il faut éviter de laisser mourir un malade parce qu'il aura pissé trop ou trop souvent.

Que voyons-nous, en effet, dans les plus mauvais de ces cas ? Les phénomènes de cystite s'exacerbent, des hématuries peuvent réapparaître, la tolérance diminue encore, le malade peut même devenir un incontinent, et si l'on pratique alors une cystographie, il n'est pas rare de constater l'existence d'un reflux vésico-urétéral du côté du rein qui reste. Cette lésion pose des indications particulières sur lesquelles nous reviendrons plus

loin. La première idée qui peut venir à l'esprit est que le rein respecté est tuberculisé à son tour. L'examen des urines prélevées dans son uretère peut pourtant démontrer le contraire, soit que l'on s'en tienne aux méthodes de coloration et de culture, soit que l'on tente la tuberculisation du cobaye.

Cette situation étant donnée, quelle sera la conduite à tenir?

D'abord, nous y insistons, ne pas partager le pessimisme du malade. C'est une lourde faute de considérer ces cystites comme au-dessus des ressources de la thérapeutique et une erreur grossière de les abandonner comme incurables.

Posons-nous la question suivante : A quelle catégorie de cystites rebelles appartient celle que nous voulons réduire?

Ici il nous faut dire un mot de l'origine des troubles vésicaux en cause.

Origine des troubles vésicaux

Il semble bien qu'on puisse les grouper sous trois chefs.

1° Les uns sont sous la dépendance de la tuberculose du rein opposé.

a) Soit que la bacilliose de ce rein n'ait pas donné de signes appréciables au moment où l'opération fut décidée, quoique lui étant *antérieure*.

b) Soit que ces malades aient vu leurs phénomènes

vésicaux s'amender pour reparaître ensuite aussi intenses, sous l'influence de la tuberculisation *ullérieure* du rein opposé.

(Nous parlerons pour mémoire des cas où la tuberculose du congénère étant connue, la néphrectomie a quand même été pratiquée sous une impérieuse nécessité vitale, et seulement pour en dire qu'ils demandent le même traitement.)

2° D'autres relèvent bien aussi de lésions bacillaires, mais ce sont des lésions uniquement vésicales, et le rein qui reste est sain. Parfois aussi le moignon restant de l'uretère malade peut en imposer pour une bacillose de l'autre rein.

3° Les derniers enfin ne dépendent absolument pas de bacillose vésicale. Il n'en est plus alors à aucun degré question, et nous dirons tout de suite que *plus de la moitié des cystites* rebelles dont nous nous occupons rentrent dans cette dernière catégorie :

a) Soit qu'il s'agisse de cystite absolument banale d'emblée, cystoscopiquement et bactériologiquement.

b) Soit de lésions à point de départ bacillaire (ulcérations, granulations), tuberculeuses avant la néphrectomie, lésions que le B. K. a désertées depuis longtemps sous l'influence de l'opération, mais où il a été remplacé par des microbes banaux qui les entretiennent (obs. II et IX).

Comment alors placer chaque cystite dans le groupe dont elle relève? En pratiquant *systématiquement* chez les malades :

1° Une cystoscopie, possible dans la grande majorité des cas.

2° Un examen histobactériologique des urines qui comprendra deux analyses. l'une portant sur un échantillon urétéral provenant du côté respecté, l'autre sur un échantillon vésical. Nous connaissons ainsi, à coup sûr, l'agent des lésions envisagées, ou même en cas d'association, la façon dont elle est formée. A défaut, il sera, en tout état de cause, indispensable de pratiquer l'analyse des urines totales. Enfin autant que faire se pourra on inoculera un cobaye.

Ces mesures prises, il nous sera dès lors facile d'instituer un traitement particulier à chacune des catégories que nous venons de passer en revue, traitement variable aussi bien suivant *l'origine* des lésions envisagées que suivant leur *gravité*.

Période préliminaire

Disons un mot, auparavant, du traitement à opposer à la cystite, tout de suite après la néphrectomie. C'est la période préliminaire où l'on commence à s'apercevoir que, contre tout attente, une modification nette des symptômes ne se produit pas, du seul fait de l'intervention. Cette cystite ne prend pas encore figure de cystite rebelle, mais elle retient déjà l'attention, si l'on n'a pas encore fait de cystoscopie ni d'analyses d'urines.

A cette période, on donnera utilement tous les 2 ou 3 jours en injection dans la vessie, 5 cc. d'huile phé-

niquée à 1,2 ou 3 %, ou d'huile goménolée à 5 %, ou d'huile iodoformée gaïacolée, ou mieux encore le bleu de méthylène en instillations d'une solution à 1 % dans du sérum physiologique.

Si la cystite ne régresse pas après des injections d'huile goménolée à 20 % et d'huile phéniquée variant de 1 à 6 % auxquelles s'ajoute l'ingestion de bleu, nous tombons dans la période de cystite rebelle caractérisée, et c'est là où cystoscopie et laboratoire devront être mis en œuvre pour savoir à quel genre de cystite on a affaire.

I. — LÉSIONS DEPENDANT DE LA TUBERCULOSE DU REIN OPPOSÉ

Nous réunirons en un même paragraphe la bacillose du rein restant, qu'elle ait été antérieure ou postérieure à l'intervention. Le traitement ne variera pas.

Si après une période de calme consécutive à la néphrectomie, on constate une reprise des troubles, il faudra soupçonner cette tuberculose. On cystoscopera et l'on analysera les urines. La présence de B. K. sera en faveur d'une lésion rénale. On procédera en outre à un examen fonctionnel du rein, constante et épreuve de l'élimination de la phénolphtaléïne. Si alors à une ascension de la constante, correspond une baisse à l'élimination de la phénolphtaléïne, il y a beaucoup de chances pour qu'il s'agisse d'une bacillose du rein opposé.

Traitement

En dehors des soins d'hygiène, on instituera alors le traitement médical suivant :

Disons d'abord ce qu'il ne faut pas faire. Il ne faut *jamais*, dans les bacilloses vésicales, donner d'urotropine ni de dérivés. Le seul résultat que l'on obtienne est de faire saigner la vessie, d'augmenter les phénomènes

d'intolérance, et l'on a toutes les chances d'aggraver les lésions que l'on veut guérir. Sans compter que l'apparition d'hématuries impressionne toujours le malade.

Par contre, dans ces cas, le traitement qui s'impose, c'est le traitement par le bleu de méthylène, administré tant par la bouche que localement. Les résultats acquis sont en général des plus favorables. Chez un grand nombre de malades, on peut même dire que cette thérapeutique confirmerait, s'il en était besoin, le diagnostic de tuberculose vésicale, et qu'il s'agit là d'un véritable traitement d'épreuve, car aucune autre lésion n'y réagit si heureusement et si vite que la bacillose.

1° Le traitement per os comprendra tout simplement l'ingestion de pilules de bleu, à la dose de 0 gr. 10 par jour, pris en deux fois, mais il ne donnera sa mesure qu'associé au traitement *loco dolenti*, c'est-à-dire aux instillations vésicales de bleu suivant la technique mise au point récemment par H. Blanc de Bordeaux.

Elle consiste à faire dans la vessie tous les 2 jours une instillation suivant la formule suivante :

Bleu de méthylène	1 gr.
Novocaine	4 »
Sérum physiologique	100 cc.

On injectera 10 cc. environ de cette solution et le malade les gardera le plus longtemps possible. Il faudra toutefois utiliser du bleu très pur. Si l'injection à cette concentration et à cette dose était mal supportée, on commencerait par une quantité moindre et par une solution à un demi %.

D'ailleurs on s'assurera de la contenance de la vessie avant de commencer les instillations.

La solution sera injectée tiède de façon à être mieux tolérée. Le malade, s'il le peut, aura tout intérêt à se lever après l'instillation, la vessie semblant alors plus tolérante.

En outre, lorsque la vessie contiendra beaucoup de pus, il faudra la nettoyer par un lavage très doux avant de faire l'injection de bleu. Ce lavage sera fait avec du sérum artificiel ou de l'oxycyamure de Hg 1 p 4.000 tiède, et pendant qu'il sera pratiqué, on ne laissera jamais la vessie se vider complètement.

II. — TROUBLES D'ORIGINE BACILLAIRE AVEC INTÉGRITÉ DU REIN RESTANT

On les reconnaît, d'abord, à la cystoscopie, car les lésions vésicales ne veulent pas guérir. Elles ont des caractéristiques bien nettes, et il ne sera guère besoin, pour confirmer le diagnostic, de recourir au laboratoire qui montrerait la présence de B. K. dans les urines.

Lésions dépendant de bacillose

Elles consistent en :

Ulcérations. Bourgeons. Infiltrations.

Nous passerons rapidement en revue chacune de ces formes, en tâchant d'opposer à chacune d'elles une thérapeutique particulière.

a) Ulcérations.

Le traitement de choix est l'étincelage pratiqué sous anesthésie. On doit le faire avec légèreté pour éviter la production d'escarres. Il faut parcourir la surface ulcéreuse avec les étincelles et non avec l'électrode, car il s'agit seulement d'obtenir une surface blanche, de décaper, si l'on veut, l'ulcération. Suivant le résultat acquis dans le mois qui suit on peut se borner à

une seule séance, mais aussi les renouveler jusqu'à 5 et 6 fois. C'est une méthode aussi efficace qu'énergique (voir observation 1 et III).

Il sera bon de conseiller au malade quelques jours de patience après cette intervention, car le décapage total de l'ulcération demande parfois un certain délai. En effet, le malade évacuera pendant quelques jours des lambeaux nécrosés. Son urine sera sale. Il est possible même que l'amélioration souvent considérable immédiatement consécutive à l'étincelage ne se maintienne pas aussi nette, mais elle réapparaîtra en règle générale un peu plus tard. Il suffit que le malade soit averti de la marche des phénomènes (obs. I). En moyenne, on le reverra 1 mois après la fulguration.

Si l'amélioration ne réapparaît pas comme nous disions tout à l'heure, il faudrait penser que l'étincelage n'a pas été assez énergique, ou qu'une parcelle de l'ulcération a échappé à son action; et renouveler la séance. (Obs. IV).

Bourgeons

b). A côté de ces ulcérations, il se trouve assez souvent que l'on a affaire à des *bourgeons inflammatoires* et qui saignent. C'est encore à l'étincelage qu'il faut avoir recours dans les mêmes conditions. Il ne faut donc pas laisser ces bourgeons au traitement médical.

c) Nous arrivons maintenant à l'aspect le plus décourageant du problème, celui qui va nous obliger à mettre en œuvre les traitements sanglants. Nous voulons parler de la conduite à tenir lorsque nous nous trouvons en face de *lésions diffuses infiltrantes*,

TRAITEMENTS SANGLANTS

Uretérostomie et Néphrostomie. en cas de lésions diffuses infiltrantes.

Il s'agit alors de lésions vraiment irrémédiables contre quoi resteront impuissants les traitements précédents. La muqueuse et la musculuse sont prises et l'on voit même parfois se former des abcès périvésicaux. C'est donc la gravité de la situation.

Autrefois on pratiquait dans ces cas la cystostomie, mais actuellement le chirurgien a bien mieux à son service dans la dérivation supérieure des urines. Cette intervention a pour effet de protéger le rein restant contre le gros danger du reflux urétéro-rénal dont l'origine siège dans l'intolérance de plus en plus marquée de la vessie. Le sphincter est forcé et l'organe sain s'infecte, car une partie de l'urine remonte vers lui. Dans ces cas, c'est l'*urétérostomie* qui doit être pratiquée. Nous avons eu à Civiale l'occasion d'en voir trois cas très beaux, et nous rapportons deux d'entre eux (obs. V et VI).

Parfois, la situation se complique encore du fait que l'urétérostomie n'est pas possible. Chez certains malades, en effet, on ne peut pas, par suite de la périurétérite existante, décoller l'uretère, et l'on est alors obligé

de faire une *néphrostomie* pour obtenir le même résultat (obs. XII). Il ne saurait entrer dans le cadre de ce travail d'exposer la technique de ces deux interventions.

Puisque nous en sommes aux traitements sanglants nous citerons l'intervention préconisée par Rochet de Lyon. Elle consiste à énerver aussi complètement que possible la vessie, en la privant des branches du plexus hypogastrique qui lui donnent sa sensibilité. Les malades ainsi traités éprouveraient un grand soulagement. Nous n'avons pas eu, pour notre part, l'occasion de juger de l'état de néphrectomisés ainsi opérés. Pourtant cette intervention ne nous semble pas valoir l'urétérostomie ou la néphrostomie, suffisantes pour assurer à la vessie un calme que nous estimons plus complet moyennant une opération moins compliquée, plus sûre dans les résultats, plus complète aussi. L'énervation *totale* d'une vessie n'est guère réalisable, et le malade reste soumis à une pénible fréquence. Au surplus, jamais l'énervation d'une vessie ne pourra, à notre sens, empêcher l'inoculation ascendante du rein qui reste, pas plus, d'ailleurs, que la dilatation du sphincter ou la sphinctérotomie, autres moyens préconisés.

III. — TROUBLES DE TOUTE AUTRE NATURE QUE LA TUBERCULOSE

Dans ces cas, comme nous l'avons dit, il ne s'agit en rien de tuberculose vésicale. Il faut bien dire, d'ailleurs, que la *tuberculose vésicale pure ne donne pas de troubles vésicaux* et que leur seule origine réside dans l'association de B. K. à d'autres microbes banaux.

Il nous a, en effet, été donné, à plusieurs reprises, de reconnaître une tuberculose rénale chez des malades hospitalisés pour une toute autre cause. La cystoscopie pratiquée après palpation d'un gros rein qui seul attirait l'attention, montrait chez eux des ulcérations vésicales, quelquefois extrêmement ombreuses. A aucun moment elles n'avaient déterminé de cystite appréciable par le malade, si bien qu'il était porteur d'une bacillose rénale évoluant dans un silence absolu. L'analyse des urines montrait qu'il ne s'agissait là que de B. K. sans association.

Chez les malades que nous envisageons maintenant, il reste simplement une cystite banale alors que la néphrectomie les a débarrassés de leurs lésions purement bacillaires.

Ici apparaît encore une notion importante et qui ne semble pas avoir dans les esprits conquis tout à fait droit de cité, à savoir que, — l'étude bactériologique de ces cas faite par Baron récemment l'a démontré, — plus de la moitié des cas observés sont bien des cas de cystite banale. Bertrand, dans sa thèse de Lyon ne semble pas attacher une importance suffisante à la bactériologie de ces cystites. Elle est, au contraire, pour nous, de premier ordre, puisque le traitement dépend de la nature des agents en cause.

Au surplus, il nous paraît plus scientifique pour conclure de tenir compte des méthodes de laboratoire éprouvées depuis longtemps et par ailleurs l'explication donnée par Bertrand des phénomènes constatés ne nous satisfait pas pleinement.

Dans la catégorie de cystite que nous envisageons maintenant deux ordres de faits peuvent se présenter.

a) Ou bien les microbes d'infection secondaire ne coexistent qu'avec de la cystite banale se présentant comme une simple rougeur diffuse, ou beaucoup plus rarement prenant l'aspect d'ulcérations.

b) Ou bien ces microbes banaux, et à leur tête le colibacille, entretiennent des lésions créées par le B. K., mais à aucun degré il ne s'agit plus de bacillose. Elle a simplement « fait le lit » où n'a fait que se coucher le colibacille. L'analyse des urines complète les données fournies par la cystoscopie, en montrant que le colibacille, le staphylocoque, l'entérocoque, etc., sont seuls en cause à l'exclusion du B. K. Enfin l'inoculation reste

négative. Les observations que nous fournissons nous permettent d'accueillir cette notion que Bertrand en 1923 ne tenait pas pour valable et sur laquelle nous insistons (obs. II et IX).

TRAITEMENT DE LA CYSTITES BANALE AVEC OU SANS ULCÉRATIONS

Nitrate ou Oxycyanure

C'est dans ces cas qu'il faudra d'emblée demander la guérison au nitrate d'argent et à l'oxycyanure.

D'abord au nitrate puisqu'il est le médicament usuel de la cystite banale. Nous ne le proscrirons pas, bien au contraire, comme font certains auteurs, pas plus que la méthode des lavages, mais nous ne les emploierons qu'à bon escient. On le fera suivant la tolérance du sujet tous les jours ou tous les deux jours en instillations de 3 à 5 cc. chacune. On prendra une solution à 1 p. 200, 1 p. 100, 1 p. 50 et même 1 p. 30. A mesure que la tolérance augmente on peut augmenter la concentration. Lorsque l'amélioration se fera sentir, on emploiera des doses de plus en plus faibles, ou on remplacera les instillations par les lavages. Les instillations seront faites avec une sonde ordinaire. Si la vessie contient du pus, il sera bon, avant l'instillation de la nettoyer par un lavage. Quant aux lavages, ils seront faits avec une solution de nitrate à 1 p. 2.000 ou 1 p. 1.000. On lavera chaque fois la vessie jusqu'à ce que le liquide

ressorte limpide. On fera deux lavages par jour dans le cas où l'on aura affaire à une vessie très sale, et toujours au moyen d'une sonde, jamais par l'intermédiaire direct du canal. Ces lavages ne seront cessés que lorsque l'analyse des urines sera négative (obs. X et XI).

Si l'on est en présence d'une cystite à colibacilles, avant tout on aura recours aux lavages à l'oxycyanure à 0,25 p. 1.000, dont la technique sera la même que pour le nitrate.

La cystosine, culture de bacille lactiques dans du lait, a permis à M. Marion d'obtenir quelques bons résultats, on l'emploiera en injections vésicales. Quant à l'enfumage iodé, certains auteurs l'ont employé avec succès. Il pourra être utilisé, mais nous avouons n'avoir aucune expérience de ce mode de traitement des cystites. Quant à la vaccinothérapie, nous ne la croyons pas capable de donner, dans ces cas, un résultat durable.

Enfin, dans un certain nombre de cas, nous pourrions encore avoir recours à l'étincelage.

Nous voulons parler :

1° Des rares cas que nous avons signalés où la cystite, bien que banale d'emblée, se présente sous forme d'ulcérations.

2° De ceux où des microbes banaux entretiennent des ulcérations produites par le B. K., mais où le B. K. ne se rencontre plus (obs. II).

Comme nous l'avons dit plus haut, on a commencé, dans ces cas, par tenter le traitement par le nitrate ou

l'oxycyanure, mais l'on n'a pas obtenu de résultat appréciable. Il sera bon alors, sans trop attendre, de s'adresser à l'étincelage, susceptible de donner une amélioration beaucoup plus rapide.

Cystite incrustée

Enfin, nous pourrons avoir affaire quelquefois à des cas de cystite incrustée. La cystoscopie montrera que, sur d'anciennes ulcérations tuberculeuses, des phosphates se sont déposés. Dans ces cas, il faudra immédiatement mettre en œuvre l'étincelage. Le bleu n'y fera rien, mais l'étincelage intense donnera une amélioration extrêmement rapide. C'est peut-être là où cette méthode ira le plus vite en besogne, souvent une seule séance suffira et s'attarder à un autre traitement serait perdre du temps (obs. IV).

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle).

Ulcération bacillaire particulièrement difficile à traiter, entretenant une cystite persistante, guérie par une séance d'étincelage, après plus de 18 mois d'insuccès.

Mme Loub..., 45 ans.

Néphrectomie droite pour bacillose, le 13 août 1927. La fermeture de la plaie est obtenue seulement au bout d'un an, sous l'influence, dit la malade, d'un traitement par ultra-violets. Depuis, elle souffre autant qu'avant l'opération. La douleur à la miction était chez elle l'élément dominant de la cystite, et elle persiste, malgré un traitement par instillations de bleu qui n'a pas donné de résultat durable. Quelques minimes hématuries ont même apparues. Petite pollakiurie.

La capacité vésicale est de 200 cc. La cystoscopie pratiquée le 13 mars 1929 montre :

Très en arrière du trigone, sur la ligne médiane, une ulcération polycyclique à bords déchiquetés, de la surface d'une pièce de deux francs environ, le fond est rempli de grumeaux purulents. Le reste de la vessie est absolument sain. Les urines sont claires. Leur analyse donne les renseignements suivants :

L'urine prélevée dans l'uretère gauche montre :

Des hématies;
Nombreuses cellules;
Quelques cristaux d'acide urique.

L'échantillon prélevé dans la vessie donne :

Sang en petite quantité;
Pus en petite quantité;
Quelques cellules;
Des bacilles tuberculeux.

Le rein qui reste est donc sain. Nous avons affaire à une ulcération vésicale bacillaire tenace. La malade est fulgurée le 20 avril 1929, par M. Chaperon, après avoir reçu 1 cgr. de morphine. Nous la revoyons le 26 mai 1929.

A cette date, les phénomènes de cystite, surtout la douleur, se sont amendés légèrement. Toutefois, la guérison n'a été obtenue, c'est-à-dire la douleur, phénomène le plus aigu, n'a disparu complètement, qu'après plusieurs semaines d'attente (fin juin 1929). En effet, comme dans l'observation IV, la guérison n'a pas suivi immédiatement la fulguration. Cependant la cystoscopie pratiquée le 26 mai montrait que l'ulcération avait disparu, ne laissant à sa place que des traînées cicatricielles. La malade, pendant encore un mois, a évacué des lambeaux nécrosés, une urine encore trouble, tous phénomènes qui ont disparu progressivement, faisant place à une complète guérison. Il convient de remarquer que la position de l'ulcération rendait la fulguration particulièrement difficile.

En somme, guérison d'une ulcération tuberculeuse vésicale ayant résisté près de 2 ans à tous les traitements institués. Guérison obtenue après 1 séance d'étincelage.

Observation II (personnelle).

Cystite avec ulcérations. Guérison après étincelage des lésions.

Mlle Four..., 18 ans.

Néphrectomie droite pratiquée le 13 avril 1923 pour bacillose.

Les troubles vésicaux n'ont absolument pas varié depuis. Aucun changement. C'est l'élément fréquence qui domine toujours : la malade continue à uriner à des intervalles variant de 10 minutes à 1 heure.

Fin 1926, la malade est hospitalisée à Necker, d'où elle sort sans avoir bénéficié des traitements qu'on lui fit suivre, puis à partir du 15 janvier 1929, à Saint-Louis qu'elle quitte dans les mêmes conditions.

Elle arrive à Lariboisière dans le service Civile absolument désolée de ces échecs successifs, d'autant plus que la pollakiurie ne fait que s'accroître.

La cystoscopie montre :

Une ulcération du sommet et 2 petites ulcérations de la face postérieure, un peu à droite de la ligne médiane.

L'examen histobactériologique des urines totales donne le résultat suivant :

Pus en petite quantité;

Nombreuses cellules épithéliales;

Innombrables bactéries (staphylo-colibacilles).

La malade est fulgurée le 12 mars 1929 (étincelles froides n° 3) et quitte le service. Revue le 12 avril, elle nous dit qu'elle ressent une grosse amélioration. Elle présente un très bon état général, reste plus d'une heure et demie sans uriner. La cystoscopie pratiquée à nouveau ne montre plus à la place de l'ulcération que des traînées cicatricielles. La lésion elle-même est donc parfaitement guérie et les phénomènes très amendés. Revue encore, le 23 mai 1929, la

malade nous dit qu'elle reste maintenant 2 heures sans uriner et que sa vie se trouve, à la suite du traitement suivi, sensiblement normale.

A cette époque cependant, une nouvelle analyse histobactériologique des urines a encore donné le résultat suivant :

Pus abondant;

Nombreux colibacilles.

En résumé, guérison acquise chez une malade dont les lésions avaient résisté à tous les traitements employés et qu'une seule séance d'étincelage a suffi à amener.

L'inoculation au cobaye dans ce cas n'a pas été pratiquée. Sans pouvoir l'affirmer, nous serions néanmoins tenté de penser à des *ulcérations* dont l'agent primitif, le B. K., aurait disparu, laissant des lésions que les « innombrables bactéries » de l'analyse des urines totales auraient entretenues, malgré les traitements antérieurs à l'étincelage. Ce cas rentrerait ainsi dans la catégorie dont nous avons déjà parlé.

Observation III (personnelle)

Cystite bacillaire tenace. Etincelage. Guérison.

Mlle Rou..., 21 ans.

Néphrectomie droite, pratiquée le 22 janvier 1927 par M. Marion pour bacillose. Le phénomène dominant chez elle était la douleur. La malade urinait avant l'opération toutes les heures dans la journée, et 6 à 7 fois la nuit. Elle n'avait jamais eu d'hématuries. Revue le 21 mars 1929, elle reste à ce moment jusqu'à 2 heures sans uriner. Mais la douleur à la miction est presque aussi intense qu'au lendemain de l'opération, malgré les pilules de bleu et les instillations. C'est ce qui l'amène à l'hôpital.

Les urines sont claires. Leur analyse n'a pas été pratiquée chez cette malade de consultation, mais la cystoscopie est

absolument démonstrative de la nature des lésions. Capacité : 100 cc.

La cystoscopie montre :

Une petite ulcération allongée, à la partie moyenne à droite, avec une granulation. Le reste de la vessie est parfaitement sain.

La malade est fulgurée le 21 mars 1929, après avoir reçu une piqûre de morphine.

Revue le 4 mai. La douleur, signe majeur de la cystite, a complètement disparu. La malade urine régulièrement toutes les 2 heures. Le soulagement est considérable.

La cystoscopie pratiquée montre que l'ulcération et la granulation ont disparu, laissant seulement un petit point ecchymotique.

La vessie restant légèrement irritable, nous conseillons 2 pilules de bleu pendant quelques jours et quelques lavements.

En somme, chez cette malade, une seule fulguration a suffi pour amener la guérison.

Observation IV (personnelle).

Cystite incrustée. 2 séances d'étincelage. Guérison.

M. Po...

Néphrectomie pratiquée le 31 octobre 1925 pour bacillose droite, à Civiale, par M. Marion. Le malade avait subi quinze mois auparavant une castration droite. Il est revu le 2 janvier 1928. Il nous dit alors qu'une amélioration des phénomènes vésicaux s'est produite au lendemain de l'intervention mais que ceux-ci ont réapparu et deviennent de plus en plus intenses, rendant la vie insupportable. Il craint que son autre rein soit tuberculisé. Le malade est cystoscopé, et nous apercevons :

Au sommet de la vessie une plaque de cystite incrustée, cause de la persistance des désordres vésicaux.

On pratique alors un premier étincelage de la plaque incrustée et le malade se sent soulagé dans les jours qui suivent. Malgré tout, l'amélioration n'est pas grande. Le malade, toutefois, s'en contente quelque temps, mais un certain degré de cystite persiste, et, à nouveau, on fait une séance d'étincelage. Elle a eu lieu le 18 mars 1929, pratiquée par M. Marion.

Nous voyons ensuite le malade à plusieurs reprises, jusqu'à fin mai 1929, date à laquelle la guérison est obtenue.

En effet, à cette époque, le malade urine toutes les 2 heures et demie environ. La douleur à la miction a complètement disparu. Les urines, longtemps troubles, sont devenues parfaitement claires. Le malade, très satisfait, a repris une vie absolument normale. Quelques instillations de nitrate avaient été faites dans les dernières semaines.

En résumé, malade guéri d'une cystite rebelle, entretenue par une plaque incrustée du sommet de la vessie. Guérison après 2 séances d'étincelage.

Observation V (personnelle)

Néphrectomie droite pour bacillose. Cystite persistante. Urétérostomie gauche 7 mois après. Guérison.

M. D., 39 ans.

A présenté des phénomènes de cystite depuis 1915 (Hématuries. Grosse pollakiurie. Pyurie. Douleurs à la miction). Néphrectomie droite pour bacillose le 20 mars 1926, par M. Marion. A la suite de cette intervention, le malade voit disparaître la douleur à la miction et les hématuries. Malheureusement, il conserve une grosse pyurie et surtout une

pollakiurie aussi intense qu'avant la néphrectomie (il urine toutes les 10 minutes jour et nuit). Malgré tous les traitements suivis, sa vie est absolument insupportable. D'autre part, au moment où il se représente à civiale (octobre 1926), son état général est très précaire. Il a maigri considérablement. Le 15 octobre, on pratique une cystographie qui démontre l'existence d'un reflux vésico-urétéral du côté respecté. En présence de ce résultat M. Marion décide de pratiquer une urétérostomie gauche qui a lieu le 20 octobre. Le malade accuse tout de suite après, un soulagement très net. Dans les jours qui suivent les suites heureuses de l'intervention ne font que s'affirmer. Les urines sont redevenues très claires, l'état général s'améliore considérablement. 2 mois plus tard, la guérison était complètement acquise. Le malade avait regagné son poids normal, repris son métier de menuisier, peu incommodé par le port de son appareil. En somme, guérison obtenue par urétérostomie chez un malade à qui la néphrectomie n'avait apporté qu'un soulagement partiel. Disparition complète de tous les phénomènes de cystite permettant la reprise d'une vie normale.

Revu le 5 juin 1929, M. D. est toujours en excellent état et se félicite de l'intervention.

Observation VI (personnelle)

*Cystite persistant après néphrectomie gauche pour bacillose.
Cystostomie 3 ans sans résultat. Reflux vésico-urétéral,
Urétérostomie droite. Guérison.*

Co... Pauline, 50 ans. Entre à Civiale le 10 décembre 1928 pour des phénomènes de cystite extrêmement intenses. On apprend que la malade a été néphrectomisée à gau-

che en 1918 pour pyélnale. A la suite de l'opération les phénomènes vésicaux n'avaient pas rétrocedé et en 1921 on avait pratiqué une cystostomie qui, elle aussi, n'avait donné qu'un résultat des plus médiocres.

Au moment où la malade entre à Civiale, son état général est mauvais, elle a maigri considérablement et sa vie est rendue absolument insupportable du fait de la cystite qu'elle traîne depuis 10 ans. On constate alors chez elle l'existence d'un reflux vésico-urétéral. Les envies d'uriner sont continuelles. M. Marion décide de pratiquer une urétérostomie qui a lieu le 22 décembre 1928. Opération assez difficile. L'uretère est gros comme un vaisseau iliaque et induré par places. Sectionné au thermo son moignon est attiré à la peau et fixé.

La malade ressent à la suite de cette intervention un soulagement considérable; sa vessie lui procure au repos un bien être inconnu depuis 10 ans. L'état général remonte rapidement et la malade sort le 27 mars absolument transformée ayant engraisé de plusieurs kilos. L'amélioration n'a fait que s'accroître depuis lors. Nous avons revu Mme Co... plusieurs fois et à la dernière (20 juin 1929) nous avons constaté que la guérison acquise se maintenait. La malade a pu reprendre ses occupations antérieures.

En résumé : guérison d'une malade souffrant malgré une néphrétomie pour bacillose, de cystite intolérable depuis 10 ans et en dépit d'une cystostomie pratiquée 3 ans après la néphrectomie. Constatation d'un reflux vésico-urétéral. Guérison obtenue après urétérostomie droite, très bien tolérée et ayant permis la reprise d'une vie à peu près normale.

Valeur des renseignements fournis par l'inoculation au cobaye

Les observations qui suivent ont pour but d'ajouter quelque valeur à l'hypothèse déjà admise dans cet ouvrage et selon laquelle la persistance de la moitié environ des cystites envisagées serait due uniquement à l'entretien des lésions vésicales par des microbes banaux. Très généralement, ces agents banaux donnent à ces lésions dans lesquelles ils se maintiennent l'aspect de cystite banale diffuse. Parfois, cependant, ils conservent à la lésion d'origine bacillaire son type particulier ulcéreux et vont même jusqu'à l'aggraver. Baron en cite deux cas très nets. Nous citons l'un d'eux (obs. IX). Ces microbes auraient pris la place du B. K. qui disparu de ces lésions après la néphrectomie aurait seulement fait leur lit. Nous nous appuyerons sur la thèse de Baron tout à fait démonstrative à cet égard.

Nous avons déjà dit que plus de la moitié de ces cystites d'après lui, ne sont pas tuberculeuses et les arguments qu'il tire du laboratoire semblent décisifs. Nous nous contenterons, en ce qui concerne le laboratoire, d'ajouter un mot au sujet du résultat des inoculations au cobaye. On pourrait, en effet, avoir un doute sur chaque réponse négative prise isolément, ce résultat n'impliquant pas fatalement que le B. K. n'est pas en cause. Nous savons pourtant qu'en définitive ces cas sont assez rares, et que des résultats portant sur un assez grand nombre d'inoculations gardent toute leur

valeur, compte tenu de la proportion concédée aux déductions erronées. Nous allons le voir plus loin.

Trois des cas résumés que nous citons sont pris dans la thèse de Bertrand qui n'admet d'ailleurs pas cette manière de voir. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Dans certaines de nos observations, la culture des urines a été négative, dans d'autres, au contraire elles furent positives... Nous croyons que *ces infiniments petits* (colibacilles, etc.) *ne peuvent entretenir des lésions commencées par le bacille de Koch, même si l'absence de ce dernier est prouvée par la recherche microscopique et que l'inoculation ait été négative...* C'est qu'alors les tissus sont trop atteints pour qu'ils puissent se régénérer. »

Ajoutons que les observations contenues dans l'ouvrage de Bertrand et qui donnent des résultats d'analyse *bactériologiques* chez les malades qui nous intéressent sont peu nombreuses.

L'auteur ne tient donc pas compte des résultats dont il parle, et n'en veut tirer aucune conclusion. Il semble se borner à faire remarquer que, bien qu'existant dans les urines, le B. K. peut échapper à l'épreuve de l'inoculation, ou bien que si les lésions persistent, à la rigueur, en l'absence du B. K., c'est qu'elles sont irrémédiables ou encore dépendent de lésions génitales. Les trois hypothèses peuvent être exactes. Mais une quatrième apparaît qui consiste à admettre la notion de la présence de microbes banaux à la place du B. K. et dans des lésions très curables. Elle n'est pas admise par Bertrand, et nous pensons pourtant qu'elle doit être

envisagée par le médecin qui veut instituer la thérapeutique, quelquefois très simple, qui convient.

Il semble admis actuellement que la proportion des inoculations négatives, en dépit de la présence réelle de B. K. dans les urines ultérieurement, n'excède pas 10 %. Or, Bertrand cite en tout 7 observations où l'inoculation a été pratiquée après néphrectomie. Sur ce nombre, 4 ont donné un résultat négatif. La disproportion nous paraît trop accentuée entre ce nombre et les 10 % environ que nous attendions, et il nous semble difficile de n'en pas tenir compte.

Baron, sur 19 cas du même genre, en donne 11 avec cobaye négatif, et nous ferons la même remarque. Notons en outre que sur les 8 fois où l'inoculation fut positive, le B. K. ne venait qu'une seule fois de la vessie. Malgré tout, en effet, l'inoculation est une méthode qui a fait ses preuves, et en définitive, jusqu'à nouvel ordre, c'est son résultat qui tranche la question. En face donc de ce pourcentage trop nombreux de cobayes négatifs, nous nous croyons autorisé à conclure qu'un grand nombre des urines inoculées l'ont été sans résultat, tout simplement parce que la vessie du malade ne renfermait plus de B. K. et que colis, staphylo, entérocoques, etc... étaient les seuls en cause. Le résultat des analyses répondait bien à la réalité des faits.

En ce qui concerne les cas où les microbes banaux maintiennent les ulcérations bacillaires dans leur aspect ulcéreux, nous ne disons pas qu'ils sont nombreux, mais il est difficile de les nier. Par conséquent chez ces

derniers malades encore, c'est seulement lorsque les traitements simples auront échoué (instillations et lavages, nitrate et oxycyanure) que l'on sera autorisé à tenter une thérapeutique plus compliquée (fulguration).

Voici les exemples que nous avons empruntés à la thèse de Bertrand (obs. V-I, VI-II, IX) :

Observation VII (*in thèse Beckel, résumée*).

Mme Gu..., 35 ans.

Néphrectomie gauche pour bacillose, le 25 mai 1910. Suites opératoires normales. Etat général très bon. La malade se remonte vite. La vessie est toujours très sensible et la fait souffrir. La cicatrisation est complète à la fin. La vessie reste toutefois très sensible, les mictions fréquentes et douloureuses.

Suites éloignées (fin avril 1911). Vessie. L'état de la vessie très malade avant l'opération ne s'est pas encore amélioré d'une façon sensible. L'opérés urine encore chaque demi-heure ou trois-quart d'heure dans la journée, quatre fois en moyenne pendant la nuit. Quelques jours avant les règles, les mictions sont encore plus fréquentes. Les urines sont très troubles.

Traitement suivi : injections d'huile goménolée.

Inoculation au cobaye négative (Cobaye autopsié 3 mois après l'inoculation).

Observation VIII (*in thèse Beckel résumée*).

M. D., 42 ans.

Néphrectomie pour bacillose rénale gauche, le 5 mai 1909. Suites opératoires. 25 mai. Les mictions sont toujours fréquentes et la vessie sensible. La polyurie persiste.

Suites éloignées, 2 avril 1911. L'état de la vessie s'est amélioré, mais pas d'une façon très sensible. La nuit comme le jour, le malade urine encore environ toutes les demi-heures comme autrefois. Les mictions sont encore légèrement douloureuses. Les urines sont encore un peu troubles et forment un dépôt.

Traitement : huile goménolée.

Inoculation négative (Cobaye autopsié 3 mois après l'inoculation).

Observation IX (*in thèse Beckel résumée*)

Mme H., 35 ans.

Néphrectomie droite pour bacillose. Suites éloignées. Vessie. L'état de la vessie, très malade avant l'opération, s'est amélioré graduellement après la néphrectomie, surtout après 6 mois. Nombre de mictions : le jour la malade urine au moins dix à quatorze fois, plus souvent encore la nuit. Douleurs : les douleurs à la miction ont beaucoup diminué, cependant elles existent « de temps à autre ». Urines : encore troubles, mais beaucoup moins. Très rarement quelques gouttes de sang à la fin de la miction. Quantité des urines de 24 heures : un litre et demi à 2 litres. Etat général : satisfaisant.

Traitement suivi après l'opération : Injections d'huile goménolée qu'elle continue encore graduellement.

Inoculation au cobaye. L'animal meurt au bout de 5 semaines sans présenter de tuberculose.

Nous citerons, en outre, deux observations tirées de la thèse de Baron, montrant encore des inoculations négatives d'urines appartenant à des malades dont la guérison a été obtenue après des instillations de nitrate, dans le service de M. Marion.

Observation X (résumée)

Marcel H., âgé de 34 ans.

Néphrectomie droite pour bacillose le 28 mai 1926.

Après la néphrectomie, le caractère de la pollakiurie et de la pyurie n'a pas varié.

Laboratoire : Bâtonnets prenant le Gram. Polynucléaires abondants. Colis. Catharralis.

Cystoscopie : Vessie de capacité 100 cc. à peau rougeâtre. Ulcérations en petit nombre au voisinage de l'ostium droit et semblant s'en détacher.

Inoculation négative.

Guérison radicale après 6 installations de nitrate.

On voit que, dans ce dernier cas, le résultat négatif de l'inoculation était conforme à la réalité, qu'il s'agissait bien seulement de microbes banaux *entretenant des ulcérations bacillaires*, nullement irrémédiables, puisqu'une thérapeutique des plus simples a amené une guérison radicale.

Chez un autre des malades cités par Baron, il s'agissait aussi d'ulcérations vésicales dont l'origine avait été bacillaire, et que des germes banaux entretenaient depuis des années. Nous n'en reproduisons pas ici l'observation — qui porte dans sa thèse le n° 9 — mais elle tend à confirmer la dernière partie de nos conclusions. Dans ce cas, seule la fulguration avait amélioré les lésions. L'inoculation là encore avait été négative.

L'observation qui suit donne encore un succès du nitrate.

Observation XI

Georgette S., 63 ans.

Entre dans le service Civiale le 11 octobre 1926.

Néphrectomie pour bacillose. Après la néphrectomie,

la malade ne voit se produire aucune amélioration quant à ses troubles vésicaux. Elle revient 6 mois après son opération. Les urines contiennent :

Nombreux staphylocoques, streptocoques, subtilis.

L'inoculation au cobaye est négative.

Cystoscopie : capacité vésicale : 190 cc.

Muqueuse d'aspect grisâtre, avec, par places, des surfaces rougeâtres. Pas de granulation, pas d'ulcérations.

L'état de cette malade s'est grandement amélioré, par deux séries d'instillations au nitrate, alors qu'on avait échoué avec le bleu de méthylène.

On peut donc conclure que pour ces deux malades, on a agi sagement en se tenant au résultat de l'inoculation pour instituer le traitement, sans mettre en doute la valeur de l'indication fournie par le laboratoire.

Nous donnons maintenant l'observation d'un des malades du service Civile chez qui une urétérostomie a été pratiquée avec un plein succès par M. Marion, pour des phénomènes de cystite rebelle.

Observation XII (in Pakowski, *résumée*).

Tuberculose réno-vésicale. Néphrectomie gauche. Néphrostomie droite. Guérison.

M... Andrée, 15 ans.

Entre le 30 janvier 1912 dans le service de M. Marion. Néphrectomie gauche pour bacilliose. Amélioration.

10 mars : Pollakiurie et douleurs réapparaissent aussi intenses qu'avant la néphrectomie.

17 mars : Néphrostomie droite sans ligature de l'uretère. Suture des 2 valves au catgut. Soulagement immédiat. Les envies d'uriner se sont évanouies et avec elles les douleurs,

Il ne passe que rarement quelques gouttes d'urine dans la vessie, et cela généralement quand le drain est mal en place. Pour les évacuer de sa vessie, la malade souffre toujours beaucoup. Chaque jour, avant une instillation de goménol, on fait un léger lavage de la vessie. Il est très pénible. Il ramène du pus mélangé à du mucus.

L'état général s'améliore rapidement. Avec l'appétit, les forces reviennent. Dès le mois de juin, la malade se lève chaque jour, sort dans le jardin avec l'appareil que nous avons décrit. Elle ne mouille pas du tout.

La cicatrice et la fistule vont du reste très bien. Le drain rénal est mis très facilement en place.

La dernière analyse des urines (10 mai 1913) donne :

Volume	1300 cc.
Urée au litre.....	16 gr. 91(soit 21 gr. 98 p. 24 h.
Nacl.	15 gr. 70(soit 17 gr. 53 p. 24 h.)
Urée sanguine.....	0 gr. 49
Constante d'Ambard. K.	- 0 gr. 09

Bonne élimination de bleu.

A cette date, l'état général est parfait. L'opérée a bon appétit. Son poids a augmenté de 13 kgr. Elle pèse actuellement 45 kgr. La vessie elle-même semble s'améliorer. On peut, lors des lavages quotidiens, injecter 20 cc. sans trop de douleurs.

En définitive, l'exclusion vésicale par néphrostomie a donné chez cette malade qui souffrait d'une cystite rebelle malgré la néphrectomie, un résultat des plus satisfaisants.

CONCLUSIONS

I. Les cystites rebelles après néphrectomie pour bacillose sont curables et assez facilement en grande majorité.

II. Il faut et il suffit d'instituer pour chaque vessie le traitement qui lui convient, étant donnée la catégorie dans laquelle elle se range, sans s'attarder à une thérapeutique de hasard, d'où est exclue la notion de choix qui doit présider. Le médecin devra être guidé dans ce traitement par un certain nombre de notions, entre autres :

1° L'excellence des *insillations de bleu* lorsqu'il s'agit de phénomènes vésicaux sous la dépendance d'une bacillose du rein qui reste.

2° La grande *supériorité de l'étincelage* sur tout autre traitement :

a) Que l'on ait affaire : soit à des lésions bacillaires vésicales qui ne veulent pas guérir; le rein qui reste étant sain (ulcérations, bourgeons inflammatoires).

b) Soit même à des lésions où le B. K. n'est plus en cause (plaques de cystite incrustée, ulcérations entre-

tenues par des microbes banaux ayant succédé au B. K. et résisté au nitrate).

c) Ou encore à des lésions de cystite banale d'emblée, mais à forme ulcéreuse.

3° L'indication particulière du *nitrate d'argent et de l'oxycyanure* dans les troubles vésicaux imputables seulement à des microbes banaux dans les cystites qui ne dépendent en rien de tuberculose, et surtout celle de l'oxycyanure, quand il s'agit seulement ou surtout de colibacille.

4° La nécessité absolue d'une intervention — *uré-térostomie* ou, à défaut, néphrostomie — lorsqu'on est en présence d'un cas de reflux vésico-urétéral par lésions diffuses infiltrantes.

III. Pour instituer le traitement convenable dans chaque cas, il faudra faire *systématiquement* les examens de laboratoire nécessaires :

1° Un examen histobactériologique au moins des urines totales (et autant que possible une inoculation au cobaye).

2° Une cystoscopie quand elle est possible, et elle l'est presque toujours.

3° Un examen fonctionnel du rein qui reste, lorsque l'on aura de bonnes raisons de croire qu'il est, à son tour, tuberculisé (constante et phénolptaleïne).

IV. N. jamais perdre de vue ces deux notions importantes dont on ne semble pas actuellement tenir un assez compte :

1° *La moitié au moins des troubles vésicaux qui persistent après une néphrectomie pour bacilliose ne sont pas d'origine bacillaire.*

2° Presque toujours, il s'agit alors de cystite banale d'emblée, d'aspect diffus, mais *il existe sans aucun doute des cas où des microbes banaux entretiennent des lésions bacillaires d'origine et les maintiennent dans leur forme primitive*, alors que le B. K. ne s'y trouve déjà plus, ce qui est parfaitement démontré par le laboratoire. Pour peu nombreux qu'ils soient, ces cas n'en sont pas moins nets.

Ces notions sont loin d'être négligeables, car la certitude une fois acquise de la seule présence de microbes banaux, qu'ils aient produit à eux seuls des lésions vésicales ou qu'ils n'aient fait qu'entretenir des lésions produites par le B. K. disparu, permet d'adopter rapidement la conduite à tenir.

Les traitements divers même sanglants que nous venons de passer en revue et au milieu desquels nous avons fait un choix pour chaque cas particulier de cystite rebelle sont, on le voit, assez simples, et l'on serait d'autant plus inexcusable de ne pas les mettre en œuvre. Parmi eux l'on doit réserver à l'étincelage une place de premier ordre, parce qu'il répond à un assez grand nombre d'éventualités.

En définitive, il nous paraît assez aisé de faire taire la vessie, cette grande bavarde dont nous parlions au début de notre travail. Il suffit, dans chaque circonstance,

d'acheter son silence avec une thérapeutique appropriée, et nous nous tiendrons pour satisfait si nous avons pu contribuer à jeter quelque clarté sur cette thérapeutique.

Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président,
P. DUVAL

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- Rapport du 24^e Congrès d'Urologie, 1924.**
- Baron.** — Bactériologie des cystites après néphrectomie pour bacillose (*Thèse de Paris, 1927*).
- Bertrand.** — Pronostic et traitement des cystites douloureuses persistant après la néphrectomie pour tuberculose (*Thèse de Lyon, 1923*).
- Blanc.** — *Journal d'Urologie*, août 1925.
- Cathelin.** — Les sequelles de la néphrectomie pour tuberculose rénale (*Journal des Praticiens*, 19 mai 1928 p. 321).
- Chiara (di).** — De l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie (*Thèse de Paris, 1911-12*).
- Cristol.** — Les cystites à colibacille (*Journal français d'Urologie*, 1926).
- Gérard.** — L'avenir des néphrectomisés pour tuberculose rénale (*Thèse de Lille, 1908-1909*).
- Guillon.** — De quelques résultats des néphrectomisés dans la tuberculose rénale (*Thèse Paris 1911*).
- Hartmann.** — Des cystites douloureuses (*Thèse de Paris, 1887*).
- Heitz-Boyer.** — Traitement endoscopique de la tuberculose vésicale par les courants à haute fréquence (*Journal d'Urologie*, 1914, p. 155).
- Leguen.** — Le problème actuel de la cystite tuberculeuse (*Bull. méd.*, janvier 1913).

- Marion.** — Traitement des cystites tuberculeuses par les bacilles lactiques (*Société de chirurgie*, 1914).
- Palowski.** — La néphrostomie moyen de dérivation temporaire ou permanente des urines totales (*Thèse de Paris* 1913).
- Parisi.** — De l'étincelage dans la tuberculose vésicale (*Journal d'Urologie*, 1920, p. 341).
- Pasteau.** — Les cystites rebelles (*Assoc. française d'Urologie*, 1903).
- Rochet.** — Traitement chirurgical des cystites douloureuses (*Lyon chirurg.*, 1926).
- Rosner.** — De la cystite douloureuse (*Prakt-Kalch*, 1910).
- Thabourin.** — Etude des résultats de la néphrectomie particulièrement au point de vue des symptômes vésicaux.
- Uteau.** — Causeries d'Urologie.
-

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, RUE DU PEUQUE

BORDEAUX

1929
